



# **POUR UNE NOUVELLE ARCHITECTURE DE LA SECURITE SOCIALE**

## **INTRODUCTION**

- 1) Considérant que les entreprises sont, historiquement, à l'origine de la protection sociale ;  
Qu'après la deuxième guerre mondiale, elles ont été appelées à gérer, dans un cadre paritaire, le système de sécurité sociale ;  
Qu'elles sont donc légitimes à faire entendre leur voix et à intervenir dans les débats qui s'annoncent en proposant à l'ensemble du pays de nouvelles idées pour construire une nouvelle architecture de la sécurité sociale.

- 2) Considérant que l'Etat s'est progressivement approprié la gestion de la protection sociale à un point tel qu'il retire tout sens à la responsabilité des partenaires sociaux dans sa gestion, ce qui se manifeste en particulier dans l'utilisation systématique des fonds de la sécurité sociale pour le financement d'opérations qui sont sans rapport avec son objet, notamment les 35 heures ;
  
- 3) Considérant que l'on peut craindre que la gestion du gouvernement, par son imprévoyance, compromette l'avenir de la protection sociale, engendre une augmentation constante des charges sur les entreprises et les salariés, sans que cela s'accompagne d'une amélioration des prestations ;
  
- 4) Considérant qu'il est indispensable que les Français puissent bénéficier d'une protection sociale de haut niveau, respectant les principes de solidarité, de responsabilité et d'équité, et qui ne grève pas les charges de leurs entreprises dans la compétition européenne et internationale ;
  
- 5) Considérant que les entreprises souhaitent un système qui permette tout à la fois de sauvegarder les droits des salariés, de répondre aux besoins des Français notamment en termes de santé, mais aussi de mieux maîtriser les dépenses collectives, et de conférer des avantages appréciables à l'ensemble des acteurs concernés ;

Le MEDEF, dans le plein exercice de ses responsabilités, fait les propositions de réforme suivantes pour une nouvelle architecture de la sécurité sociale.

# I- POUR UNE NOUVELLE ARCHITECTURE DE L'ASSURANCE-MALADIE

## 1. L'échec des régulations traditionnelles

Les Gouvernements successifs ont essayé depuis vingt ans de maîtriser les dépenses d'assurance-maladie, en utilisant successivement, et parfois même en même temps, cinq types de politiques de régulation :

- La régulation par l'augmentation des cotisations : dé plafonnement puis augmentation des cotisations, relèvement de la CSG...
- La régulation par l'institution de quotas de dépenses, dans un cadre plus ou moins conventionnel : conventions d'objectifs ...
- La régulation par la baisse des remboursements : tickets modérateurs ...
- La régulation politique par le Parlement : vote de Lois de Financement ...
- Enfin, la régulation administrative : création des ARH,

Toutes ont échoué, montrant la nécessité d'une « vraie » réforme de la Sécurité Sociale. Le système actuel, issu du plan Juppé de 1995, illustre parfaitement l'échec de ce type de régulation « à l'ancienne » :

→ Les partenaires sociaux, employeurs et salariés, siègent au conseil d'administration de la CNAMTS et sont donc réputés assumer des responsabilités de gestion. Mais, depuis l'origine, c'est l'Etat qui fixe autoritairement le montant des cotisations et le montant des prestations.

- La CNAMTS bénéficie d'une délégation dans certains domaines et notamment celui de la négociation de la convention médicale qui lie l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. Mais le contexte de ces négociations a été de plus en plus dévoyé dès lors que les Pouvoirs publics se sont constamment réservés la possibilité d'annuler ou de modifier certains éléments de la convention négociée par la CNAMTS.
- Pour venir à bout de la dérive des dépenses d'assurance maladie qui avait conduit en 1995 à un déficit cumulé considérable nécessitant le cantonnement de la dette et l'institution de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale), les Pouvoirs publics ont décidé de faire voter chaque année par le Parlement une loi de financement de la sécurité sociale comportant un ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie). Mais ce dispositif a été dévoyé dès le départ dès lors que l'ONDAM n'avait qu'un caractère strictement indicatif et facultatif.
- La CNAMTS ne dispose aujourd'hui d'aucun instrument concret lui permettant de réguler effectivement la dépense, le "rebasage"<sup>1</sup> de l'ONDAM est devenu courant, et les dépenses d'assurance maladie continuent à être supérieures aux objectifs fixés ( 33 Mds d'écart sur les seules années 2000-2001) sans qu'il soit possible d'y remédier sérieusement.
- Pour répondre à toutes les critiques, l'Etat a prétendu donner une délégation à la CNAMTS sur certains chapitres de dépenses, ce qui a donné lieu à l'élaboration d'un objectif de dépenses déléguées (ODD). Mais, sans moyen opérationnel pour agir sur l'évolution des dépenses, l'ODD est demeuré largement fictif. Pour l'exercice 2001, il a été communiqué à la CNAMTS au mois d'avril dernier, alors que chacun savait déjà qu'il serait dépassé. De plus, l'Etat refuse tout arbitrage et empêche la CNAMTS qui a fait de multiples propositions d'amélioration du système, de prendre des mesures concrètes et efficaces (refus du plan Johannet).

---

<sup>1</sup> Le « rebasage » consiste à appliquer le taux de croissance des dépenses d'assurance-maladie à partir non de l'autorisation donnée l'année précédente, mais à partir des dépenses réelles observées, dérapages inclus.

- S'agissant du secteur hospitalier, l'Etat se réserve la totale compétence de gestion dans ce domaine. Mais les disparités de tarification de l'hospitalisation publique et des établissements hospitaliers privés ne semblent pas le préoccuper particulièrement. Et il n'hésite pas à créer artificiellement 45.000 postes supplémentaires, alors que les postes existants ne sont pas tous pourvus.
  
- Le régime d'assurance-maladie reste structurellement déficitaire : en droit constaté, les comptes du régime général d'assurance maladie présentés par la Commission des comptes de la sécurité sociale font apparaître un résultat net déficitaire de 4,8 Mds F en 1999 ; 10,7 Mds F en 2000 et 6,6 Mds F en 2001, et une prévision de déficit supérieure à 13 Mds pour 2002. Mais cela n'a pas empêché les Pouvoirs publics de mettre à la charge du régime général de sécurité sociale, dans la perspective d'hypothétiques excédents futurs, le financement du déficit lié aux exonérations de cotisations accordées aux entreprises réduisant leurs horaires de travail.

## 2. Un système de santé plus efficace et plus moderne comportant des éléments de concurrence.

Le vieillissement de la population, qui est une conséquence directe de l'amélioration constante du niveau de vie et de la qualité des soins médicaux, induit une croissance continue des dépenses de santé qui rend de plus en plus nécessaire une distinction claire entre les charges assumées par la collectivité et celles qui relèvent de la responsabilité individuelle.

La situation totalement délabrée du système actuel ne permet plus d'avoir recours à des réformes partielles ou à des solutions de circonstance. Il faut procéder à une refonte totale du système dans le but prioritaire d'améliorer la qualité de soins et d'optimiser l'utilisation des ressources.

**Quatre évolutions sont de ce point de vue imaginables :**

1. Une étatisation complète de l'assurance-maladie, à la mode anglaise. Même si le modèle français tend aujourd'hui à se rapprocher d'une gestion totalement étatique, sauter le pas conduirait à supprimer la médecine libérale, ce qui serait grave ;
2. La privatisation totale, selon un schéma proche des Etats-Unis, avec des systèmes spécifiques pour les plus démunis. Au delà des difficultés politiques, l'exemple américain montre que ce système ne permet pas une maîtrise optimale des dépenses ; cet exemple ne doit pas être transposé à la France ;
3. La régionalisation du système de santé. Cette solution, en apparence séduisante, ne réglerait en réalité pas grand chose, et notamment pas les grandes inégalités géographiques existant aujourd'hui ;
4. L'aménagement en profondeur du système actuel, avec l'introduction d'une dose tempérée de concurrence entre prestataires de soins et entre financeurs. C'est la voie originale, moderne et innovante que propose le MEDEF.

**Ce nouveau système de concurrence tempérée aurait les caractéristiques suivantes :**

① **les grands principes actuels du système de santé seraient maintenus :**

- ***Universalité de la couverture*** : le système s'adresse à tous les Français
- ***Non-sélectivité des assurés sociaux*** : absence totale de sélection de risques

- ***Garantie viagère pour tous*** : accès garanti aux soins tout au long de la vie
- ***Financement socialisé assurant la solidarité*** : cotisations en pourcentage du total des revenus<sup>1</sup>.

② **L'Etat garderait un rôle essentiel :**

- ***Définition des priorités de la politique de santé publique ;***
- ***Contrôle et garantie du système, accès aux professions médicales ;***
- ***Perception des cotisations et versement aux prestataires privés ou publics d'un forfait par salarié*** (2).

Il appartient en effet à l'Etat de définir la politique de santé et le montant des ressources qu'il compte affecter à la mise en œuvre de cette politique, sachant que l'assurance maladie vient en complément d'autres éléments tout aussi déterminants pour l'amélioration de l'état de santé de la population, comme l'hygiène de vie, l'environnement, les comportements individuels, le logement, etc...

③ **Un panier de soins remboursables à 100%, approuvé par le Parlement, serait mis en œuvre.**

Le panier de soins est une liste de services et de soins de santé, dont le remboursement à 100% est garanti par l'assurance maladie obligatoire. Il serait

---

<sup>1</sup> Le système actuel, dans lequel le salarié payé au SMIC paie son assurance maladie quatre fois moins cher que le salarié payé quatre fois le SMIC, serait ainsi maintenu.

<sup>2</sup> Eventuellement modulé selon l'âge et le sexe.

défini comme aujourd'hui de manière implicite, seules les dépenses exclues du remboursement figurant dans une liste limitative.

Fondé actuellement sur une approche uniquement tarifaire, il devra être revu dans la mesure où il sera nécessaire de prendre en charge les coûts liés à l'innovation thérapeutique tout en conservant l'égalité d'accès à des soins essentiels pour tous. Sa définition devra prendre en compte à la fois l'efficacité thérapeutique, l'utilité médicale et l'utilité sociale, et faire l'objet d'un accord entre les professionnels de santé, l'Etat, les organismes d'assurance maladie et les représentants des assurés. C'est pourquoi il devra relever d'une décision annuelle du Parlement.

En tout état de cause, la prise en charge des soins hospitaliers devra être transparente et homogène, et s'appuyer sur une tarification à la pathologie.

Les soins qui ne figurent pas dans le panier de soins pourront être couverts par une assurance facultative. Les prestations médicales, dont la sécurité n'est pas garantie par la communauté scientifique, ne pourront être assurées.

④ *L'organisation actuelle de la CNAM serait remplacée par une organisation en réseaux, faisant appel à différents opérateurs de soins.*

L'optimisation des dépenses de santé suppose une amélioration de la prise en charge du patient et de la diffusion de l'information entre soignants, afin d'éviter les examens complémentaires injustifiés ou répétés inutilement.

Une bonne coordination des soignants implique la mise en place de réseaux de soins, permettant la diffusion de recommandations thérapeutiques pour une pathologie, une meilleure cohésion des acteurs et un partage de l'information concernant le patient.

La couverture et le mode de distribution des soins devraient dans ce cadre être confiés à de véritables opérateurs de soins qui auraient pour mission



exclusive de couvrir un certain nombre d'assurés en leur garantissant l'accès aux soins de la meilleure qualité possible.

Les opérateurs de soins pourraient être constitués à l'initiative des actuelles caisses de Sécurité Sociale, d'autres organismes d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance, ou sociétés anonymes.

Dans le cadre d'un cahier des charges précis élaboré par les Pouvoirs publics, en concertation avec les professionnels de santé, chaque opérateur de soins négocierait avec les différents fournisseurs de soins, médecins libéraux, laboratoires, industrie pharmaceutique et hôpitaux, les modalités de fourniture des soins en privilégiant la constitution de réseaux permettant la prise en charge globale et le "chaînage" des actes.

L'entreprise aurait à choisir avec ses salariés, sur appel d'offres, l'opérateur de soins qu'elle jugerait le plus efficace. Les opérateurs de soins auraient à gérer les relations entre les patients et les fournisseurs de soins. Ils devraient bien entendu avoir une taille critique suffisante et auraient à couvrir un seuil minimum d'assurés de l'ordre de 100 000 personnes.

⑤ *Le financement des opérateurs se ferait sous forme d'un forfait par assuré.*

L'allocation des ressources devrait se faire par l'attribution d'un forfait correspondant au nombre d'assurés couverts. Seule cette méthode permettra de corriger les énormes inégalités constatées aujourd'hui dans les conditions d'accès aux soins puisque, en fonction du secteur d'installation choisi par les professionnels de santé, certains assurés ont à leur disposition deux ou trois fois plus de lits d'hôpitaux, de médecins généralistes ou spécialistes que d'autres, sans autre justification que celle des choix effectués par les seuls fournisseurs de soins.

Le cahier des charges des opérateurs de soins traitera des problèmes relatifs aux urgences, à la couverture de l'ensemble du territoire, à la recherche et à l'innovation ainsi qu'aux activités publiques de prévention.

Le versement des indemnités journalières pourrait relever d'un système différent, confié à la responsabilité des partenaires sociaux, employeurs et salariés.

Bien entendu, ce système devrait être expérimenté, évalué, contrôlé et le MEDEF pourrait accepter de siéger dans les instances consultatives ou régulatrices chargées de l'encadrement du système.

### 3. **Ce que cela changera en pratique pour les acteurs du système de santé**

- **Les assurés bénéficieront d'un système plus performant**, et d'un panier de soins à 100%. Leur liberté de choix ne sera pas remise en cause, dès lors que dans la majorité des cas il leur sera offert la possibilité de consulter un médecin figurant sur une liste préétablie, ou d'aller consulter un autre praticien hors liste.
- **Les professionnels de santé auront la liberté de choix** entre différents modes d'organisation et de rémunération en fonction des conventions conclues avec les opérateurs de soins. Ils s'inscriront désormais dans une relation contractuelle individualisée, y compris les hôpitaux publics, *qui ne remettra nullement en cause le statut libéral des médecins et des pharmaciens*. Les professionnels de santé seront étroitement associés aux instances d'encadrement du système.
- **Les entreprises deviendront des acteurs du nouveau système**, en sélectionnant, avec les salariés, les opérateurs de soins, et pourront définir avec eux les couvertures complémentaires dont elles souhaitent disposer, notamment –mais pas uniquement- au titre des maladies professionnelles.

- **Les opérateurs de soins** seront les pivots du nouveau système, en étant pleinement en charge de la gestion du risque santé, en optimisant la gestion du forfait par assuré, et en recherchant l'efficacité dans la mise en œuvre des moyens pour assurer la plus grande qualité de soin.
  
- **Les actuels opérateurs publics** seront mis en concurrence avec les nouveaux opérateurs privés.
  
- **Les pouvoirs publics** assureront une fonction majeure d'orientation et de contrôle ; ils assureront la solidarité au travers d'un financement socialisé ; mais ils n'auront plus un rôle de régulation quotidienne.
  
- **Les partenaires sociaux** auront, s'ils le souhaitent, un rôle au niveau de l'entreprise de choix de l'opérateur de soins, de paniers de soins additionnels, et de surveillance des résultats.

## **II. POUR UN SYSTEME MODERNE ET RESPONSABLE D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

### **1. Une évolution indispensable de l'organisation de la branche AT/MP**

Le système d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, bien qu'ayant fonctionné de façon relativement satisfaisante depuis de longues années, fait aujourd'hui l'objet de critiques de plus en plus vives.

Les victimes considèrent de plus en plus qu'elles sont pénalisées du fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une réparation intégrale des dommages qu'elles considèrent avoir subis et demandent que l'on prenne davantage en compte les conséquences du préjudice sur leur situation personnelle.

Par ailleurs, les prélèvements constants de l'Etat sur les finances du régime décrédibilisent totalement un système basé sur l'incitation à la prévention qui implique que lorsque le chef d'entreprise diminue le niveau du risque dans ses établissements, sa cotisation baisse de façon correspondante.

De plus, les évolutions législatives ou jurisprudentielles récentes ont dévoyé la logique du système de réparation du risque professionnel.

Il en est ainsi de la création, par la loi, des fonds d'indemnisation des victimes<sup>(\*)</sup> visant à leur octroyer, dans certaines circonstances, la réparation intégrale de leurs préjudices.

---

(\*) le Fonds de garantie automobile (FGA) qui assure aux victimes d'accidents de trajet une réparation intégrale

En outre, les trois majorations pour accidents de trajet, pour charges générales et pour charges de compensation qui pèsent sur les finances du régime aboutissent à la notification d'un taux moyen de cotisation de l'ordre de 2,13 % des salaires, alors que le taux de cotisation moyen correspondant au coût du seul risque des entreprises est voisin de 1 % des salaires.

Il convient donc de refonder complètement un système à bout de souffle en respectant des principes qui préservent l'intérêt général des salariés des entreprises.

## 2. **Les orientations proposées**

Le nouveau système proposé repose sur plusieurs grands axes :

### ➤ **Universalité de l'obligation d'assurance**

Toutes les entreprises devront continuer à s'assurer obligatoirement contre les risques d'accidents ou de maladies courus par leurs salariés dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle.

### ➤ **Garantie d'un cahier des charges par l'Etat et définition des risques par les partenaires sociaux**

C'est aux partenaires sociaux qu'il appartient de négocier les modalités de définition des accidents et maladies qui doivent être couverts par l'assurance obligatoire. L'Etat restera le garant de la fixation d'un cahier des charges interprofessionnel.

➤ **Indemnisation du dommage réel**

L'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles s'effectuera selon les règles du droit commun de la responsabilité.

➤ **Maintien de la présomption d'imputabilité**

Le chef d'entreprise continuera d'être considéré comme responsable *a priori* des accidents survenant à ses salariés dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle.

➤ **Liberté de choix de l'organisme de couverture**

L'employeur devra décider en concertation avec les représentants des salariés de l'entreprise à quel organisme d'assurance ou de prévoyance il confiera la couverture du risque, selon des modalités définies par le cahier des charges.

➤ **Liberté tarifaire**

Des couvertures supplémentaires pourront être proposées aux entreprises et à leurs salariés pour améliorer leur niveau d'indemnisation s'ils le jugent nécessaire.

➤ **Révision annuelle**

Chaque année, l'employeur procédera en concertation avec ses salariés à l'évaluation du système d'assurance choisi.

### 3. Les avantages du nouveau système

- Le principe de la couverture est conservé. La politique de prévention des risques sera beaucoup plus liée aux branches professionnelles et aux entreprises concernées que dans le système existant.
- Les salariés continuent à ne payer aucune cotisation et leur indemnisation est améliorée.
- Le nouveau système est convergent avec les orientations européennes en ce domaine et avec les évolutions en cours chez nos partenaires étrangers.
- Le système met autant l'accent sur la prévention des risques que sur l'indemnisation.
- Les ponctions massives opérées actuellement par l'Etat deviennent *de jure* impossibles.
- L'exercice du paritarisme est ramené au niveau des branches et des entreprises, qui pourront mettre en place des sociétés captives. Il deviendra totalement décentralisé pour une meilleure adéquation de la politique de prévention à chaque situation particulière.
- Le provisionnement intégral des engagements liés à la couverture du risque permet de préserver l'avenir et contribue à renforcer la mobilisation de fonds d'épargne au profit de l'investissement des entreprises et de l'emploi.

### III. POUR UN SYSTEME DE RETRAITES UNIFIE

Notre régime de retraite est aujourd'hui en péril grave :

- ⇒ Le nombre annuel de retraités va augmenter de 50% à partir de 2006 : 750.000 départs à la retraite par an, contre 500.000 aujourd'hui ;
- ⇒ La durée de vie, et donc de versement des pensions, va continuer à augmenter en moyenne d'un trimestre par an, soit 10 ans d'ici 2040 ;
- ⇒ Notre pays comptera ainsi un actif pour un retraité en 2040, contre 2,2 actifs pour un retraité aujourd'hui ;
- ⇒ Enfin, si rien n'est fait, le déficit des régimes de retraite va devenir catastrophique, comme l'ont montré les prévisions du rapport Charpin comme celles du Conseil d'Orientation sur les Retraites.

L'accord du 10 février 2001 sur les retraites complémentaires a posé les bases des réformes nécessaires à mettre en œuvre avant la fin de 2002 :

- ✓ **Sauvegarder le régime par répartition** : l'objectif doit être de rétablir l'équilibre du régime de base, comme celui des régimes ARRCO et AGIRC, à horizon du début des années 2020, et de permettre le maintien de cette situation jusqu'à 2040.
- ✓ **Mettre en place des systèmes facultatifs de retraite par capitalisation**, qui ne viendraient en aucune façon ni remplacer, ni remettre en cause, le système de retraites existant, mais qui devrait donner aux salariés français une possibilité comparable à celle offerte aux salariés des autres pays européens.
- ✓ **Ajuster très progressivement les paramètres de liquidation des pensions, en fonction de l'évolution de l'espérance de vie**. La sauvegarde des régimes privés suppose de relever la durée de cotisation à hauteur de l'évolution de



l'espérance de vie, soit d'un trimestre par an. En 2010, cet âge passerait ainsi par exemple, de 60 ans aujourd'hui à 61 ans et 6 mois. Pour le régime général, ce serait la simple prolongation de l'évolution en vigueur depuis 1993.

- ✓ **Mettre en place un système de « retraite à la carte ».** Progressivement, là aussi, chaque salarié pourrait choisir l'âge de sa retraite, en fonction de ses seuls critères personnels. Bien entendu, le montant de la retraite versée sera alors, suivant le cas, majorée ou minorée, pour tenir compte du nombre d'années pendant lequel la pension aura à être versée.
- ✓ **Garantir le pouvoir d'achat des retraites pour les retraités.** A l'instar de l'accord sur l'AGIRC et l'ARRCO, il est légitime de garantir l'indexation des retraites sur les prix, au moins pour les dix prochaines années.
- ✓ **Maintenir à leur niveau actuel les taux de cotisation.** Chaque salarié consacre aujourd'hui trois mois de son salaire brut au financement des retraites. Il n'est plus possible d'aller au-delà si l'on veut préserver le pouvoir d'achat des jeunes, et garantir la compétitivité de nos entreprises.
- ✓ **Simplifier et unifier la gestion des retraites.** Au-delà du rapprochement déjà prévu des régimes AGIRC et ARRCO, il convient d'aller vers un seul régime de retraite par points, regroupant à la fois le régime de base et les régimes complémentaires. Ce régime unique de retraite des salariés du secteur privé pourrait être placé sous la responsabilité des partenaires sociaux.
- ✓ **Enfin, réformer au plus vite les régimes spéciaux publics.** Celle-ci devrait conduire à unifier progressivement les modes de calcul des retraites des fonctionnaires sur les retraites des salariés du secteur privé. A terme, la création d'un seul régime couvrant tous les Français doit être envisagée.

#### **IV. POUR UNE VRAIE POLITIQUE DE LA FAMILLE FINANCEE PAR L'IMPOT**

Le régime des prestations familiales est devenu un régime totalement redistributif qui inclut des prestations ayant parfois un lien ténu avec la famille. Il est temps d'en tirer les conséquences en donnant à l'Etat la responsabilité de définir et de financer la politique familiale.

Les entreprises apportent encore aujourd'hui à ce régime la majorité de ses ressources (5,40 % des salaires bruts). Elles ne revendiquent aucune responsabilité particulière dans la définition des prestations à servir, mais elles préconisent une simplification et une clarification des différentes prestations dont l'attribution est conditionnée par le respect de critères multiples.

Le MEDEF est favorable à une politique familiale censée stimuler le dynamisme démographique et compenser les différences de charges d'une famille de salariés à l'autre. C'est une composante importante pour l'avenir du pays et les entreprises sont prêtes à prendre en considération, comme elles le font déjà largement, les contraintes propres à leurs salariés chargés d'enfants car il y va de l'intérêt général de concilier au mieux activité professionnelle et vie familiale.

Pour autant les entreprises ne sauraient approuver des initiatives de type démagogique, comme celle de la création d'un congé de paternité, décidée sans concertation par l'Etat, mais dont le financement incombe en pratique aux entreprises.

Le MEDEF relève par ailleurs que la branche famille tend à devenir au fil des ans structurellement excédentaire et souhaite que la discussion sur l'affec-

tation de ces excédents soit conduite en toute transparence afin que leur affectation ne soit pas décidée uniquement en fonction des urgences du moment.

A l'avenir, les prestations familiales devraient donc être intégralement et directement financées par la CSG, l'ensemble du dispositif relevant de la responsabilité de l'Etat.

## **V. DES AVANTAGES APPRECIABLES POUR TOUS LES ACTEURS CONCERNES**

La nouvelle architecture que nous proposons pour l'organisation de notre système de protection sociale comporte, au-delà de ses avancées majeures en matière de clarification des responsabilités, de clarification des financements, et de transparence, des avantages appréciables pour tous les acteurs concernés.

### **1. Les citoyens**

Les citoyens conservent le bénéfice d'une couverture sociale large et pérenne car équilibrée, qui leur garantit de façon solidaire et équitable l'accès à toutes les prestations que peut légitimement réclamer la population d'un pays développé.

C'est à eux qu'il appartient d'arbitrer entre la part de la solidarité, la part de la responsabilité individuelle, en assumant les coûts consécutifs aux choix opérés. L'assise politique du système trouve toute sa légitimité.

## **2. Les entreprises**

Les entreprises du secteur privé retrouvent la visibilité nécessaire sur l'avenir des différents systèmes et sur l'affectation de leurs contributions au financement des régimes liés à l'activité professionnelle.

Elles retrouvent une plus grande maîtrise de l'évolution du coût du travail, sans courir le risque d'être submergées par des charges qu'elles auraient à couvrir sans qu'elles aient pu les anticiper.

Les entreprises négocient avec leurs partenaires syndicaux les paramètres d'équilibre des régimes liés à l'activité professionnelle, financés par les cotisations patronales et salariales assises sur les salaires.

Le pouvoir politique, quant à lui, décide du niveau de solidarité à instaurer entre les différents citoyens par la voie de la redistribution des revenus et assume son financement par la CSG (ou l'impôt).

## **3. Les salariés**

Les salariés, qui sont aussi des citoyens, trouvent la capacité de différencier leurs choix et leurs options selon qu'ils sont appelés à s'exprimer sur le niveau des prestations contributives, qui sont la contrepartie de leurs cotisations (pensions de vieillesse ou indemnités de chômage), ou qu'ils sont appelés à s'exprimer sur les prestations de solidarité, qui n'ont pas de relation avec leur activité professionnelle (prestations familiales, RMI, assurance santé).

Ils obtiennent une vision claire de leurs responsabilités en matière de mutualisation des risques liés à leur profession et des responsabilités qu'ils exercent en tant que citoyens participant à la solidarité nationale.

#### **4. L'Etat**

L'Etat, responsable de l'équilibre social et économique du pays, conserve l'intégralité de ses prérogatives en matière de définition du cahier des charges des différents régimes de protection sociale. Il demeure le garant de la cohésion sociale du pays. Le champ de ses prérogatives est clairement défini ainsi que celui des responsabilités qu'il délègue aux partenaires sociaux.

Les pouvoirs régaliens de l'Etat sont légitimement confortés. Il lui appartient de faire valider les systèmes de solidarité sociale et leur financement par la voie du suffrage universel exprimé par les citoyens.

### **CONCLUSION**

L'architecture nouvelle proposée aboutit à conforter la démocratie politique et à laisser un espace bien défini et responsable à la démocratie sociale qui est le cadre dans lequel s'exercent les responsabilités des partenaires sociaux, employeurs et salariés.

Cette démocratie sociale sera d'autant plus vivante qu'elle s'exercera au plus près du terrain sur la base d'un cahier des charges assumé par l'Etat et précisé en tant que de besoin par la négociation collective conduite entre les partenaires sociaux nationaux, interprofessionnels ou de branches professionnelles.

\* \* \*